



Matthias Maring (dir.)

Zur Zukunft der Bereichsethiken – Herausforderungen durch die Ökonomisierung der Welt

KIT Scientific Publishing

Ist die Ökonomisierung des Gesundheitswesens gerecht?

Nikolaus Knoepffler

Publisher: KIT Scientific Publishing
Place of publication: KIT Scientific Publishing
Year of publication: 2016
Published on OpenEdition Books: 13 septembre 2019
Serie: KIT Scientific Publishing
Electronic ISBN: 9791036538254



<http://books.openedition.org>

Electronic reference

KNOEPFFLER, Nikolaus. *Ist die Ökonomisierung des Gesundheitswesens gerecht?* In: *Zur Zukunft der Bereichsethiken – Herausforderungen durch die Ökonomisierung der Welt* [Online]. Karlsruhe: KIT Scientific Publishing, 2016 (Erstellungsdatum: 12 janvier 2021). Online verfügbar: <<http://books.openedition.org/ksp/4656>>. ISBN: 9791036538254.

Ist die Ökonomisierung des Gesundheitswesens gerecht?

Nikolaus Knoepffler

1. Zwei Sichtweisen und eine These

Unter Ökonomisierung des Gesundheitswesens versteht man üblicherweise, dass die Prinzipien des Marktes auf das Subsystem „Gesundheitswesen“ übertragen werden. Nach den Gesetzen des Marktes werden Angebot und Nachfrage über den Preis vermittelt, in allem anderen sind die Marktteilnehmer frei. Wächst die Nachfrage bei gleichbleibendem Angebot, steigt der Preis, sinkt sie, fällt der Preis. Zugleich schafft eine höhere Nachfrage den zusätzlichen Anreiz, das Angebot zu erhöhen. Nach diesem Verständnis bekommt nur derjenige, der bereit ist, den geforderten Preis zu zahlen, dasjenige, was er benötigt. Wer dies nicht tut, nimmt in dem Markt nicht teil. Das würde in einem nach reinen Marktgesetzen funktionierenden Gesundheitswesen besonders die Ärmsten der Armen treffen, was auf Weltebene in vielen ärmeren Staaten auch praktisch nicht selten so der Fall ist. Aber selbst in Staaten, in denen ein Großteil der Bevölkerung im Vergleich zu Menschen in absoluter Armut als wohlhabend anzusehen ist, haben diejenigen Patienten ohne Versicherungsschutz bei bestimmten Erkrankungen keine Möglichkeit an einem derartigen nach Marktgesetzen funktionierenden Gesundheitsmarkt teilzunehmen, denn bestimmte Behandlungen können mehr als sechstellige Summen kosten, was nur wenige selbst zu zahlen imstande wären. Doch selbst rein private Versicherungen, die nach dem je persönlichen Risiko abzuschließen sind, können sich in wohlhabenderen Staaten nur diejenigen leisten, die selbst ein geringes Krankheitsrisiko haben oder sehr begütert sind. Ein Gesundheitswesen, nach reinen Marktgesetzen aufgebaut, würde deshalb viele Menschen ausschließen. Gegen einen derartigen Ausschluss hat prominent die WHO sozusagen die Gegenthese formuliert: „Den höchstmöglichen Gesundheitsstandard zu genießen, ist eines der fundamentalen Rechte jedes Menschen unabhängig von Rasse, Religion, politischer Einstellung, ökonomischem oder sozialem Rang.“ Freilich ist dieses Ideal nicht erreichbar. Ein Beispiel mag dies verdeutlichen. Man würde dem Ideal des bestmöglichen Gesundheitszustands sicher dadurch näher kommen, jedem Einzelnen einen Leibarzt bzw. eine Leibärztin zur Verfügung zu stellen. Doch derart extreme Forderungen hat noch niemand aufgestellt, weil sie einfach nicht realisierbar sind. Das Wirtschaftlichkeitsgebot hat in Deutschland sogar Gesetzesrang. Nur sehr wichtige Persönlichkeiten,

sehr reiche Menschen oder diejenigen, die mit einem Arzt oder einer Ärztin verheiratet oder liiert sind, haben ihren eigenen Arzt oder ihre eigene Ärztin.

Etwas weniger stark formulieren prominente deutsche Gesundheitspolitiker, dass zumindest national jeder, wenn ansonsten keine medizinischen Gründe etwas anderes verlangen, gleichen Zugang zu den gesundheitlichen Leistungen erhalten solle, und zwar mit Hilfe der gesetzlichen oder alternativ privaten Krankenversicherung. Hier wird ein strikt egalitäres Gerechtigkeitsverständnis angewendet, das weitgehend ökonomische Überlegungen ausblendet. Das Gesundheitswesen in Deutschland ist entscheidend von dieser Gerechtigkeitsvorstellung und dem damit verbundenen hippokratischen Ideal geprägt, dass die Aufgabe der Ärzteschaft und aller weiteren im Gesundheitswesen Beschäftigten darin sieht, das Wohl ihrer Patienten objektiv-medizinisch unabhängig von Kostenüberlegungen bestmöglich zu realisieren. In diesem Verständnis war es keinesfalls zulässig, Marktprinzipien in dem Sinn auf das Gesundheitswesen zu übertragen, dass die Zuteilung über den freien Marktpreis geregelt wird.

Man könnte also das Ideal einer egalitären Gesundheitsversorgung („jeder bekommt das Gleiche“) nur realisieren, wenn man diese Unterschiede verbieten würde. Wer dagegen nur Chancengleichheit in dem Sinn verlangt, dass niemand prinzipiell von gewissen Leistungen oder Möglichkeiten ausgeschlossen wird, hat bereits eine andere Vorstellung von Gerechtigkeit.

Im Folgenden möchte ich die These vertreten, dass wir uns von einem strikt egalitären Gerechtigkeitsverständnis im Blick auf Gesundheitsleistungen verabschieden sollten, ohne allerdings dabei in die Falle zu gehen, Gesundheitsleistungen vollständig den Marktgesetzen zu unterwerfen.

Anstelle von symbolpolitischen Idealforderungen egalitärer Gerechtigkeit und vollständiger Gesundheit einerseits, die nicht realisierbar sind, und ökonomischen Idealforderungen andererseits, skizziere ich einen Weg, der beide Alternativen im dreifachen Sinn aufhebt, nämlich die Ideale bewahrt, zugleich aber auf eine höhere Ebene hebt und damit in ihrer ursprünglichen defektiven Form beseitigt. Zu diesem Zweck muss man in einer vernünftigen Weise Prinzipien des Marktes mit einer integrativen ordnungsethischen Idee von Gerechtigkeit verbinden.¹ Ich werde dafür argumentieren, dass die Ökonomisierung des Gesundheitswesen dann gerecht genannt werden kann, wenn die Prinzipien des Marktes auf der Handlungsebene und der unteren Regelebene des Subsystems Gesundheitswesen Anwendung finden, moralische Prinzipien wie eine angemessene solidarische Versorgung mit Gesundheitsleistungen aber auf der Regelebene des politischen Systems als Ganzem. Dabei sollten die moralischen Prinzipien auch der Regelebene des

¹ Vgl. meinem Kurzbeitrag (Knoepffler 2015, 11).

Gesundheitssystem die entscheidenden Vorgaben machen. Damit stelle ich die These auf, dass es zulässig ist, dass Ärztinnen und Ärzte, Pflegende und Patienten auf der Handlungsebene ihr Eigeninteresse vertreten, während das Regelsystem national und international dafür zu sorgen hat, dass ein *angemessener, menschenwürdiger* Gesundheitsstandard gewährleistet wird. Ein Beispiel mag verdeutlichen, was damit gemeint ist. In Deutschland macht der Gesetzgeber und auch die Landesärztekammern der Ärzteschaft über die Garantenpflicht Vorgaben, sodass es im Eigeninteresse des einzelnen Arztes bzw. der einzelnen Ärztin ist, auch dann einen Patienten zu behandeln, wenn sie bzw. er dies eigentlich nicht tun möchte. Ansonsten riskieren sie eine strafrechtliche Verfolgung und den Verlust der ärztlichen Approbation. Auf diese Weise, so behaupte ich, wird das Prinzip einer integrativen Gerechtigkeit und damit verbunden von Solidarität realisiert. Es wird damit gerade nicht die Handlungsebene ökonomisiert, denn die Regelebene sorgt dafür, dass eine der Regeln des Marktes folgende Handlungsebene dennoch solidarisch bleibt, weil es allen einen angemessenen Gesundheitszustand sichert.

2. Herausforderung „Eigeninteresse“

Intuitiv würde man eigentlich erwarten, dass Menschen, die als Ärztinnen und Ärzte oder als Pflegekräfte tätig sind, sich gerade nicht eigeninteressiert, sondern altruistisch verhalten. Ebenfalls sind in Deutschland viele Menschen davon überzeugt, dass im Blick auf gesundheitliche Versorgung Gerechtigkeit darin besteht, dass jeder eine gleich gute Behandlung bekommen sollte (gestritten würde dann nur noch, ob es eine an den Bedürfnissen der Patienten oder am objektiv-medizinischen Bedarf orientierte Behandlung sein sollte), unabhängig von seinem gesellschaftlichen Status und seinen finanziellen Möglichkeiten.

Beiden Intuitionen entspricht eine wünschenswerte Sehnsucht, nämlich dass wir Menschen uns solidarisch, altruistisch und liebevoll verhalten und wir einander gerecht behandeln, also wichtige Güter fair miteinander teilen. Doch übersehen diejenigen, die auf der Handlungsebene Solidarität, Altruismus und Liebenswürdigkeit einfordern, dass wir uns heute in systemischen Zusammenhängen befinden. Selbst die altruistischste Pflegekraft muss von etwas leben können, auf sich und ihre Grenzen achten, muss also auch eigeninteressiert sein. Darum ist es in systemischen Zusammenhängen wichtig, in der Regelsetzung darauf zu achten, dass nicht Eigeninteresse und gesellschaftliche Erwartungen in einen Konflikt geraten bzw. die Bereitschaft zum Altruismus ausgebeutet wird. In heutigen Gesellschaften ist es also von großer Bedeutung, eine neue Perspektive einzunehmen: Wie kann ich Regeln in einer Gesellschaft so finden und implementieren, dass wir ein men-

schendienliches Gesundheitssystem haben, selbst wenn alle Menschen nur eigeninteressiert wären (umso besser dann, wenn sie es nicht sind!)?

Geht man davon aus, dann wird man nicht enttäuscht sein, dass der ärztliche Lehrer im hippokratischen Eid als erste Forderung an seine Schüler nach der Eidesformel nicht das Nichtschadensprinzip oder ein moralisches Verhalten verlangt sondern folgendes Versprechen:

„§ 2 Meinen Lehrer in dieser (Heil)Kunst werde ich wie meine Eltern achten, mit ihm den Lebensunterhalt teilen und ihn, wenn er Not leidet, mitversorgen. Seine Nachkommen werde ich meinen Brüdern gleichstellen und sie, wenn sie es wünschen, in dieser (Heil-)Kunst unterweisen, ohne Bezahlung und schriftliche Verpflichtung. Unterweisung und mündlichen Unterricht und alle übrige Belehrung werde ich meinen Söhnen und denen meines Lehrers erteilen wie auch den Schülern, die nach ärztlichem Grundsatz sich mit der schriftlichen Verpflichtung gebunden und den Eid geleistet haben, sonst aber niemandem.“²

Man wird dann auch akzeptieren, dass Ärzteschaft und Pflegekräfte meist auf die Straße gehen, um für sich bessere Löhne und Arbeitsbedingungen auszuhandeln. Auch wird folgendes Beispiel nicht Empörung, sondern Verständnis auslösen.³ In Deutschland verdoppelte sich innerhalb eines Jahres (1995 auf 1996) die Zahl der einfachen Vestibularisprüfungen, bei denen überprüft wird, ob jemand in bestimmter Umgebung Schwindelanfälle bekommt, nachdem durch die Erhöhung der Punktzahl, die Vergütung deutlich stieg, um dann auf diesem hohen Niveau zu verharren. In genauen Zahlen:

- Bis 1995 konnten für eine vollständige Gleichgewichtsdagnostik 250 Punkte berechnet werden (12,50 DM), ab 1996 waren 1250 Punkte möglich (62,50 DM).
- Es erfolgte innerhalb nur eines Jahres eine Zunahme der Schwindeldiagnostik (im Fachbegriff: einfache Vestibularisprüfung) um fast 100% von ca. 60 Fällen je Praxis auf knapp 120 Fällen je Praxis (Bundesland Thüringen).

Es ist im Eigeninteresse der Ärzteschaft, aber auch ihrer Patienten, die eine möglichst große Sicherheit wünschen, möglichst viele Leistungen für sich aus dem System zu erhalten. Darum ist es so wichtig, Regeln so aufzustellen, dass man vom Eigeninteresse der betroffenen Ärzte und Patienten ausgeht, nicht einfach davon, dass sie nur das jeweils Nötige tun bzw. einfor-

² Hier zitiert nach Wilmanns (2000).

³ Der damalige Präsident der Thüringer Landesärztekammer und Klinikchef der Hals-Nasen-Ohren Klinik in Jena Eggert Beleites (1998) hat dies in einer allein schon begrifflich höchst anregenden Weise unter dem Titel „Differentialdiagnose Schwindel“ beschrieben.

dern werden, um Dilemmastrukturen zu vermeiden, bei denen sich letztlich alle schlechter stellen, als es möglich wäre, wenn man angemessene Regeln aufgestellt hätte.⁴

3. Dilemmastrukturen

Mittelfristig führt das gerade beschriebene Verhalten zu unerwünschten Konsequenzen. Die Anreizstruktur lässt sich auch als klassisches Gefangenendilemma⁵ darstellen, das von Angebotsseite (Tabelle 1) so aussieht, dass der höhere Punktwert dazu führen kann, dass sich die betreffenden Ärztinnen und Ärzte langfristig schädigen. Unter der Annahme, dass das Budget gedeckelt und der Punktwert mehr als kostendeckend ist, besteht ein Anreiz, auch dann die Diagnostik anzubieten, wenn diese abrechnungstechnisch zulässig, aber nicht wirklich nötig ist. Dabei würden sich alle besser stellen, wenn wirklich nur nötige Schwindeldiagnostiken durchgeführt würden. Spieltheoretisch ist jedoch die dominante Strategie, auf jeden Fall auch unnötige Diagnostiken anzubieten, denn wenn der betreffende Arzt A die Diagnostik anbietet, Arzt B aber nur die wirklich nötigen, dann bekommt A mehr von dem Budget. Wenn aber B auch unnötig diagnostiziert, so verliert A wenigstens nicht soviel. Allerdings landen damit beide notwendigerweise in der Konstellation, dass sie bei gedeckeltem Budget mittelfristig nicht mehr verdienen als zuvor, aber mehr Arbeit investiert haben. Damit stellen sie sich schlechter, als wenn sie nur nötige Vestibularisprüfungen durchgeführt hätten. Sie werden dann als einen möglichen Ausweg nach gewinnträchtigeren Möglichkeiten suchen.

4 Allerdings könnte man einwenden: Die Frage aus Sicht der Patienten ist doch, ob die Untersuchung medizinisch sinnvoll ist. Eine nicht sinnvolle Untersuchung ist auch nicht im Eigeninteresse des Patienten. Sicherheit mag ein Argument sein, aber damit alleine könnte man alle Untersuchungen rechtfertigen. Man muss ja auch das Komplikationsrisiko, den Zeitaufwand etc. berücksichtigen. Könnte also nicht vor der Erhöhung der Punktezahl (implizit) rationiert worden sein? Selbst wenn man Letzteres unterstellt, erklärt dies nicht die drastische Erhöhung der Fallzahlen. Diese lässt sich vielmehr damit erklären, dass es ein breites Spektrum gibt, was als „sinnvoll“ zu gelten hat. Hier tendieren nicht wenige Patienten dazu, möglichst viel Sicherheit zu erhalten. Das zeigt die große Macht behandelnden Ärztinnen und Ärzte, denn sie können ihre Patienten hier wesentlich beeinflussen.

5 Vereinfachend wird hier methodisch so getan, als ob nur zwei Akteure auf der Anbieterseite im Spiel sind. In Wirklichkeit handelt es sich um sehr viele Akteure, wodurch sich der große kollektive Schaden der Ressourcenverschwendung erklärt.

	Arzt A führt unnötige Vestibularisprüfung durch	Arzt A führt diese unnötige Prüfung nicht durch
Arzt B führt unnötige Vestibularisprüfung durch	Arzt A und B bekommen Leistung bezahlt, aber Budgetierung stellt sie langfristig nicht besser	Arzt B verdient mehr
Arzt B führt diese unnötige Prüfung nicht durch	Arzt A verdient mehr	Arzt A und B verlieren langfristig kein Geld, aber sparen Zeit

Tabelle 1: Angebotsseite

Auf der Nachfrageseite, also bei den Patienten (Tabelle 2), stellt sich die Situation spieltheoretisch ähnlich dar. Auch hier würden sich die Versicherten Zeit und Aufwand sparen, wenn sie nur nötige Diagnostiken durchführen lassen. Doch bei einem vollen Versicherungsschutz ist es wiederum die dominante Strategie, möglichst viele Leistungen in Anspruch zu nehmen, wenn dadurch die Sicherheit noch einmal gesteigert werden kann. Das führt mittelfristig jedoch zu einem höheren Versicherungsbeitrag, sodass sich die Betroffenen schlechter stellen, als wenn alle nur die wirklich nötigen Leistungen in Anspruch genommen hätten.

		Versicherter A nimmt diese Leistung nicht in Anspruch
Versicherter B nimmt unnötige Vestibularisprüfung in Anspruch	Versicherter A und B haben unnötige Sicherheit, aber zahlen dafür mittelfristig mit höherer Versicherungsprämie	Versicherter B hat Sicherheit, Versicherter A zahlt dafür mit
Versicherter B nimmt diese Leistung nicht in Anspruch	Versicherter A hat Sicherheit, Versicherter B zahlt dafür mit	Keiner nimmt unnötige Leistung in Anspruch

Tabelle 2: Nachfrager

Die Möglichkeit, derartige Anreizsituationen auf Nachfragerseite durch Praxisgebühren etwas zu reduzieren, ist nicht langfristig verfolgt worden. Dagegen ist man den Weg gegangen, den einzelnen Ärzten nur ein bestimmtes Kontingent an Leistungen zuzubilligen. Wer mehr Leistungen erbringt, verdient nichts mehr daran. Als Folge schließen manche Praxen bereits im November und öffnen erst wieder im Januar.

Diese Dilemmastrukturen lassen sich aufbrechen, wenn man auf der Handlungsebene dem Markt eine Chance gibt. Der Markt belohnt diejenigen, die das benötigte Produkt im Wettbewerb im besten Preis-Leistungs-Verhältnis anzubieten vermögen und verhindert ein System, bei dem sowohl von Anbieterseite (Ärztenschaft) als auch von Nachfragerseite (Patienten) kein Anreiz gegeben ist, von sich aus sparsam mit Gesundheitsleistungen umzugehen.

4. Verfehlte Lösungsstrategien: Teilökonomisierung

Ein anderer Weg, Anreize zu verändern, besteht durch Änderungen des Systems, die ich als „Teilökonomisierung“ bezeichnen möchte. Ein Beispiel, wie hier Krankenhausleitungen reagieren, zeigt folgender Dialog:⁶

Der kaufmännische Direktor bittet den Chefarzt zum Gespräch: „Die wirtschaftliche Situation des Krankenhauses ist ernst. Bitte steigern Sie den Erlös ihrer Abteilung um 5%. Leider müssen die Sachmittel um 2% reduziert werden. Leider müssen im Personalbudget eine Arzt- und zwei Pflegekräfte gestrichen werden.“ Der Chefarzt protestiert. Darauf der Direktor: „Sie schaffen das schon. Ach ja: Bei Nichterreicherung der Vorgaben muss leider Ihr variabler Gehaltsanteil gekürzt werden.“

Es ist selbstverständlich, dass derartige Forderungen sich nur kurzfristig rechnen können, es sei denn, bisher hätte man die vorhandenen Ressourcen nicht angemessen genutzt. Eine derartige Form hat nichts mit Ökonomisierung zu tun, denn sie ist gerade nicht ökonomisch. Sie führt nicht zum besten Preis-Leistungs-Verhältnis, sondern zu unerwünschten Folgen, u.a. mehr Fehlern, da weniger Personal mehr leisten soll, was nicht geht, wenn das Personal bereits an der Leistungsgrenze gewesen ist. Sie entspringt einem verfehlten Denkansatz, wonach man immer mehr mit immer weniger zu leisten imstande sein soll. Dass derartige Forderungen aufgestellt werden, verdanken wir einem Diskursversagen und einer verfehlten Regelung (s. dazu unten).

Ein anderes Beispiel zeigt sich im Umgang mit DRGs (diagnosis-related-groups). Dabei werden nicht die real entstandenen Kosten eines Falls abgerechnet, sondern der für die Behandlung im Vorjahr ermittelte Durch-

6 Ich danke einem Direktor einer Klinik, der nicht näher genannt werden möchte, für diese Schilderung seiner persönlichen Erfahrung. Ich übernehme sie im Vertrauen auf ihren Wahrheitsgehalt, da nachweislich ähnliche Forderungen in anderen Feldern üblich werden, beispielsweise in neuen Leistungsvereinbarungen zwischen Ministerien in Bundesländern und ihren Universitäten gefordert wird, mit weniger Personal und weniger Sachmitteln mehr Studierende zu betreuen und höhere Drittmittelsummen einzuwerben.

schnittsaufwand für die Abrechnung zugrunde gelegt. Damit besteht der Anreiz, den Durchschnittsaufwand möglichst zu unterschreiten, beispielsweise DRGs zu splitten, um möglichst viel Ertrag zu generieren. Ein in der Literatur bereits klassisches Fallbeispiel, einen Fall in zwei Fälle zu splitten, um mehr abrechnen zu können, sei im Folgenden beschrieben:⁷

Eine 41-jährige Bäckerei-Fachverkäuferin wird als Notfall mit kolikartigen Oberbauchschmerzen in die Innere Medizin eingeliefert. Nach zweitägiger Diagnostik wird ursächlich ein symptomatisches Gallensteinleiden diagnostiziert. Die Oberbauchkoliken waren durch einen Steinabgang entstanden. Eine konservative Akuttherapie mittels Schmerzmitteln und Spasmolytika verläuft erfolgreich. Die Patientin wird im Anschluss beschwerdefrei konsiliarisch in der Chirurgie vorgestellt. Dabei wird in Übereinstimmung mit den Leitlinien die Indikation zur früh-elektiven, also planbaren Gallenblasenentfernung gestellt. Mit Einverständnis der Patientin wird die sofortige Übernahme und Operation am Folgetag angeboten. Die noch behandlungsführende Abteilung für Innere Medizin lehnt jedoch ab und schlägt stattdessen vor, die mittlerweile beschwerdefreie Patientin zunächst zu entlassen, und in sechs Wochen zur Operation wieder aufzunehmen. Nur so vermeide man eine Teilung der DRG-Ziffer zwischen Innerer Medizin und Chirurgie und könne stattdessen den Erlös für beide beteiligten Kliniken maximieren, denn um den gleichen Fall zweimal mittels DRG abzurechnen, müssen zwischen den Behandlungsräumen mindestens 30 Tage liegen. Zudem widerspreche dieses Vorgehen auch nicht den medizinischen Leitlinien, die ja nur allgemein und ohne Zeitvorgabe eine früh-elektive Entfernung der Gallenblase empfehlen würden.

Durch die geltenden Rahmenbedingungen besteht ein finanzieller Anreiz, möglichst hohe Einnahmen zu generieren. Was die Ärzte angeht, widerspricht ein derartiges DRG-Splitting dem traditionellen hippokratischen Berufsethos, wonach die zentrale Aufgabe des Arztes darin besteht, sich objektiv-medizinisch um das Wohl des Patienten zu kümmern und dabei alles zu tun, um von ihm Schaden abzuwehren, das Prinzip des „Nil nocere“, konkret den Zeitraum zwischen Vorfall und OP nicht unnötig zu strecken und damit das Risiko für die Patientin zu belassen, in diesem Zeitraum erneut eine Oberbauchkolik zu durchleiden. Im konkreten Fall sind rein betriebswirtschaftliche Interessen leitend, die insgesamt – volkswirtschaftlich gesehen – negative Folgen haben, aber dem eigenen Krankenhaus nutzen. Sie haben insgesamt volkswirtschaftlich (ökonomisch) negative Folgen, da das unnötige DRG-Splitting künstlich die Ausgaben im Gesundheitssystem nach

7 Das Fallbeispiel wird weitgehend wörtlich wiedergegeben nach Rosch (2008). Auch meine eigenen Ausführungen dazu (Knoepffler 2008) gehen teils wörtlich in die folgenden Überlegungen ein.

oben treibt, also gerade nicht effizient mit vorhandenen Ressourcen umgeht. Im Blick auf die Kostenkalkulation der einzelnen Abteilungen im Krankenhaus dagegen ist das DRG-Splitting die betriebswirtschaftlich (teilökonomisch) gebotene Strategie.

Ein solches Vorgehen widerspricht allerdings nicht nur dem hippokratischen Ethos, sondern auch dem modernen amerikanischen ärztlichen Berufsethos, wie es Beauchamp und Childress⁸ entwickelt haben. Aus Respekt vor der Autonomie des Patienten („principle of autonomy“) hätte der behandelnde Arzt der Patientin zumindest transparent darlegen müssen, warum die eigentlich schon geplante Operation verschoben wird. Zudem wird das Nichtschadensprinzip („principle of non maleficence“) dann verletzt, wenn die sofortige Behandlung für die Patienten weniger Schaden bringt. Geht man davon aus, dass eine Gallenkolik in den nächsten Wochen möglich ist, so bedeutet das spätere Entfernen ein zusätzliches, wenn auch kontrollierbares Risiko. Damit wird nicht gewährleistet, der Patientin eine möglichst gute Fürsorge und Behandlung zu geben („principle of beneficence“). Das Gerechtigkeitsprinzip („principle of justice“) im Sinne von Beauchamp/Childress wird nicht berücksichtigt, weil das Krankenhaus dem System mehr Ressourcen entzieht, als ursprünglich für die Behandlung angemessen wäre.

Geht man von einer integrativen Medizinethik aus⁹, so verletzt ein derartiges Vorgehen das mit der Menschenwürde verbundene Selbstbestimmungsrecht der Patientin, denn ihr wird eine zentrale Information vorenthalten. Die Verschiebung der Operation ist nicht aus medizinischen Gründen indiziert, sondern allein aus betriebswirtschaftlichen Erwägungen angestrebt.

Auch eine utilitaristische Medizinethik würde ein derartiges Splitting als unmoralisch qualifizieren, denn es wird gerade nicht der gesellschaftliche Gesamtnutzen maximiert, sondern nur der Teilnutzen des betreffenden Krankenhauses bzw. der betreffenden Abteilungen. Eine Maximierung des eigenen Nutzens ist also gerade das Gegenteil dessen, was der Utilitarismus als ethische Theorie fordert.

Fassen wir die Überlegungen zusammen: Gemäß den geltenden Regeln haben sich alle Beteiligten wohl formal korrekt verhalten, denn rechtlich dürfte das Vorgehen nicht verboten sein, auch wenn es medizinethisch nicht einwandfrei ist, der Patientin den eigentlichen Grund der Verschiebung des OP-Termins nicht offenzulegen. Es ist nicht verboten, um den Erlös zu maximieren, die 41-jährige Patientin nach der Beendigung der Kolik nicht sofort zu operieren. Allerdings wird damit der eigentliche Sinn der DRG-Regel aus finanziellen Gründen umgangen und der Patientin, ohne dass sie die wahren

8 Beauchamp/Childress (2013).

9 Knoepffler (2017).

Gründe der Verschiebung des Operationstermins erfahren hat, zugemutet, nochmals einige Wochen mit der Befürchtung einer weiteren Kolik und den damit verbundenen Schmerzen leben zu müssen. Nach dem ärztlichen Berufsethos ist darum eine derartige Entscheidung nicht die bestmögliche, nach den geltenden Regeln, aber die derzeit von den Anreizstrukturen her wohl in den meisten derartigen Fällen präferierte Vorgehensweise. Diese Situation zeigt geradezu typisch auf, wie Fehlanreize ein Verhalten hervorrufen. Das betreffende Krankenhaus bzw. seine Abteilungen stellen sich dadurch kurzfristig besser, allerdings ist das System gedeckelt. Langfristig wird sich also eine derartige Strategie nicht auszahlen, weil damit zu rechnen ist, dass alle diesen Trick anwenden, sodass am Ende kein Krankenhaus dadurch Vorteile hat, wenn man davon ausgeht, dass das Budget insgesamt gedeckelt ist. Die Patientin wird schlechter gestellt, weil die sofortige Entfernung der Gallenblase für sie jede Angst vor neuen Komplikationen genommen und ihr den zusätzlichen Aufwand erspart hätte, der sich aus der späteren Behandlung ergibt. Insbesondere wird sie als Person nicht ernstgenommen, denn ihr werden die wahren Gründe für die Verschiebung der Operation nicht zur Kenntnis gebracht. Die Ärzte werden schlechter gestellt, weil sie nicht nach medizinischen, sondern betriebswirtschaftlichen Kriterien die Behandlung zeitlich festlegen.

Die Fallbeispiele sollten deutlich gemacht haben: Nicht Effizienzkriterien und das Reden von Ökonomisierung sind das Problem, sondern die ordnungsethisch suboptimale Regelung. Eine Lösung der Problematik kann in diesem Fall nicht auf der Handlungsebene der beteiligten Personen und Institutionen liegen, sondern in einer Änderung auf der Regelebene. Wer nämlich davon ausgeht, dass die Lösung auf der Handlungsebene liegt, verlangt bei derzeit geltenden Regelungen, dass Abteilungen in Krankenhäusern systematisch gegen das eigene betriebswirtschaftliche Interesse verstoßen.

5. Gefahren eines Diskursversagens bei der Regelsetzung

Die Fallbeispiele lassen erkennen, wie gefährdet eine Regelsetzung sein kann, denn gerade die DRGs verdanken sich einer Regeländerung. Diese Regeländerung funktioniert nur bedingt, weil ein System wie das Gesundheitswesen nicht hinreichend menschenorientiert funktionieren kann, wenn man Teilelemente ökonomisiert, aber gerade nicht das Gemeinwohl als Ganzes in den Blick nimmt. Außerdem bringt man die im Gesundheitssystem Beschäftigten in eine moralische Zwickmühle. Entweder schädigen sie sich selbst – man denke an den Chefarzt, wenn dieser die Vorgaben nicht erfüllt, bzw. die Abteilungen, wenn sie kein DRG-Splitting vornehmen – oder sie behandeln die Patienten nicht optimal, denn logischerweise kann mit

weniger Personal wie im Fallbeispiel des Chefarztes auf Dauer nicht die gleiche Leistung für Patienten erzielt werden, es sei denn man hätte zuvor nicht effizient gearbeitet. Dies zeigt ein Diskursversagen bei der bisherigen Regelsetzung an.¹⁰

Der Regelfindungsdiskurs findet im öffentlichen Raum statt. Moralische Ideale der am Diskurs beteiligten Organisationen, z.B. Ärzteverbände, Patientenvertreter, Pharmafirmen, Krankenkassen, Medien usw. spielen dabei ebenso eine große Rolle wie deren je spezifische Interessen, die zwischen gesetzlichen Kassen und rein privaten Kassen ebenfalls ganz unterschiedlich sein können. Möglicherweise spielen manche Medien eine nicht zu unterschätzende Rolle, dadurch dass sie Einzelschicksale dramatisch in den Mittelpunkt rücken, Behandlungsfehler skandalisieren, aber wenig Gespür für systemisches Denken zeigen. Dadurch kann es leicht geschehen, dass der Einfluss dieser Organisationen auf den Regelsetzungsprozess, also die politischen Entscheider, bewirkt, dass Regeln gesetzt werden, die das Gegenteil von dem bewirken, was sie eigentlich sollten. Auf der Handlungsebene wird dann ein derartiges Verhalten skandalisiert. Auch dieser Beitrag hat gezeigt, dass das DRG-Splitting im Widerspruch zu den meisten medizinischen Ansätzen steht. Doch Schuldzuweisungen an die so handelnden, seien sie aus der Ärzteschaft, seien sie Pflegekräfte, seien sie kaufmännische Direktoren greift zu kurz. Auch wenn man nicht die Position teilen muss, dass es sich hier um einen „moralistischen Fehlschluss“¹¹ handelt, sondern der einzelne Akteur immer noch seine eigene moralische Verantwortung behält, so wird man doch einräumen müssen, dass das eigentliche Versagen auf der Ebene des Regelfindungs- und Regelsetzungsdiskurses liegt. Wer nämlich Regelungen so setzt, dass der einzelne Akteur systematisch gegen eigenes Interesse verstoßen muss, überfordert diesen.

Doch gerade auch auf der Ebene des Regeldiskurses findet sich in der öffentlichen Debatte ein echter Fehlschluss, in diesem Fall ein „normativistischer Fehlschluss“¹².

Was ist damit gemeint? Ein vormoderner, systemischen Zusammenhängen nicht Rechnung tragender Begriff von Gerechtigkeit im Gesundheitswesen führt dazu, dass Leistungen im Gesundheitswesen in einer Weise eingefordert werden, dass Fehlanreize entstehen. Das in Deutschland im öffentlichen Diskurs leitende Verständnis von Gerechtigkeit im Gesundheitswesen schließt wohl aus, eine andere Lösung für unseren Fall anzubieten. So ließe sich denken, dass man die Bäckerei-Fachverkäuferin vor die Wahl

10 Vgl. dazu Pies (2014) – seine Überlegungen lassen sich auch für die Frage nach einer Regelsetzung im Blick auf das Gesundheitswesen weiterdenken.

11 Pies (2011, 14): Der wirtschaftsethische Imperativ lautet: Denkfehler vermeiden!

12 Pies (ebd. 15).

gestellt hätte: Wenn sie eine Zuzahlung leistet, wird sie sofort operiert, ansonsten wird die Operation zu einem späteren, immer noch medizinisch angemessenen Zeitpunkt durchgeführt. Das schliesse nicht aus, dass diese zusätzliche Gebühr mit Hilfe einer privaten Zusatzversicherung abgedeckt werden könnte.

Eine solche Lösung würde wohl im öffentlichen Diskurs als ungerecht eingeschätzt, obwohl sie mehrere entscheidende Vorteile bieten würde: Die Bäckeri-Fachverkäuferin erfährt die wahren Gründe, warum gleich bzw. nicht gleich operiert werden kann. Sie wird also in ihrer Selbstbestimmung ernst genommen. Auch die betroffenen Ärzte können die Entscheidung mit gutem Gewissen mittragen, da eine Verschiebung der Operation nur mit einem geringen Risiko verbunden wäre, über das die Patientin sorgfältig aufgeklärt ist. Entscheidend ist also, dass das wesentliche Kriterium der Transparenz und der damit verbundenen Achtung gewahrt ist.

Der Haupteinwand gegen eine derartige Lösung wird wohl lauten: Was nützt Transparenz, wenn ohne Zusatzversicherung nicht die bestmögliche Behandlung gewährt wird. Hier wird das Gerechtigkeitsprinzip im Sinn, dass alle gleich zu behandeln sind, verletzt: Wer mehr Geld investiert, erhält die Behandlung früher. Darum empfinden auch viele die vielerorts schon gängige Praxis als empörend: Der Privatpatient hat es leichter, rasch eine Magnetresonanztomographie (MRT) oder eine Magenspiegelung zu bekommen. Chefarztbehandlung gibt es nur gegen Zuzahlung usw.

Doch der Preis dieses vormodernen, systemischen Zusammenhängen nicht Rechnung tragenden Verständnisses von Gerechtigkeit ist hoch. Sobald die Bäckeri-Fachverkäuferin nämlich erfährt, dass ihre Operation nicht um ihretwillen verschoben wurde, sondern aus dem Grund, den DRG-Ertrag zu maximieren, wird sie sich betrogen fühlen und den Ärzten weniger oder nicht mehr vertrauen. Wie soll sie auch beurteilen können, ob eine empfohlene Therapie um ihretwillen empfohlen wird oder aus einer Gewinnerzielungsabsicht des betreffenden Arztes bzw. des betreffenden Krankenhauses.

6. Integrative Gerechtigkeit

Das vormoderne Gerechtigkeitsverständnis verlangt eine gleiche Behandlung für alle, wenn keine medizinischen Gründe anderes verlangen. Diejenigen, die leistungstärker sind, sollen diejenigen Menschen unterstützen, die sich ansonsten keine oder keine hinreichende medizinischen Versorgung leisten könnten. Ärzte und Pflegekräfte haben ihre Patienten gleich zu behandeln, ohne Ansehen der Person. Diese Gerechtigkeitsvorstellung bezieht sich auf konkrete Handlungen. Gerechtigkeit wird als Tugend handelnder

Personen verstanden. Ungerechtigkeit erweist sich in einem Verhalten eines Arztes oder Krankenhauses, das danach strebt, Gewinn zu Lasten anderer zu machen. Dies wird als Gier nach einem Vorteil zum Nachteil anderer ausgelegt, wofür seit der Antike der Begriff der *Pleonexia* (griechisch: *pleon* = mehr haben wollen) in Gebrauch war. Doch diese individualethische Betrachtung von Gerechtigkeit denkt in den Kategorien eines Nullsummenspiels. Die Gier als solche bleibt individualethisch nach den meisten ethischen Ansätzen moralisch verwerflich. Aber im Rahmen des heutigen Gesundheitssystems vom einzelnen Arzt, Pflegenden, Krankenhaus usw. zu verlangen, gegen eigene betriebswirtschaftliche Interessen zu verstoßen, entspringt einem moralistischen Fehlschluss. Hier ist der Vorwurf der Gier nicht angemessen, weil die ökonomischen Zwänge übersehen werden, in denen sich die betreffenden Akteure befinden.

Deshalb benötigen wir in systemischen Zusammenhängen ein Verständnis von Gerechtigkeit, das nicht eine Tugend einzelner Personen ist, sondern „die erste Tugend sozialer Institutionen“¹³. Damit soll freilich nicht bestritten werden, dass Institutionen einen großen Einfluss auf die Charakterbildung der einzelnen Individuen hat. Im Gegenteil: Gerade verfehlte Regelungen können zu einer charakterlichen Deformation führen.

Ein Gesundheitssystem ist so verwoben mit ökonomischen Zusammenhängen, dass es unsinnig wäre zu meinen, man könne dieses System von wirtschaftlichen Überlegungen fernhalten. Vielmehr geht es darum zu begreifen, dass auch die Wirtschaft nur ein Subsystem des politischen Gesamtsystems ist. Dieses Gesamtsystem muss im Regelfindungsdiskurs dafür sorgen, dass das moralische Ideal von Gerechtigkeit realisiert wird. Doch kann Gerechtigkeit nicht das einzige Prinzip sein, dass zum Tragen kommen sollte. Vielmehr muss man Sorge tragen, möglichst das mit der Menschenwürde verbundene Recht auf Selbstbestimmung der Patienten zu berücksichtigen und ihnen Optionen zu lassen. Auch dafür ist auf der Regelebene zu sorgen.

Um diese Aussage besser zu verstehen, sei noch einmal auf das Beispiel der Bäckerei-Fachverkäuferin eingegangen. Sie kann selbst entscheiden, ob sie die sofortige Operation gegen eine Zusatzgebühr möchte oder das Risiko eingeht, während einer noch medizinisch angemessenen Wartezeit, eine Nierenkolik bekommt. Diese Option mag auf den ersten Blick als ungerecht empfunden werden, denn man kann vermuten, dass sie sich aus finanziellen Gründen für die Wartezeit entscheidet. Doch dann ist es genauso ungerecht, dass sie aus finanziellen Gründen einen Kleinwagen fährt, mit dem sie bei einem Autounfall ein deutlich höheres Risiko trägt, verletzt zu

13 Rawls (1998, 19).

werden, als hätte sie einen mit vielen Sicherheitsfeatures ausgestatten SUV zur Verfügung.

Doch was ist dann gerecht? Gibt es doch eine Reihe ganz unterschiedlicher moralischer Ideale, was unter Gerechtigkeit zu fassen ist. Selbst wer Gerechtigkeit egalitär denkt, muss eine Entscheidung treffen, ob dies bedeutet, dass alle strikt medizinisch gleich behandelt werden sollten, wenn die gesundheitliche Situation die gleiche ist, also ein bedarfsorientiertes Egalitätsverständnis, oder ob alle einen gleichen Anspruch auf eine Erfüllung der jeweiligen subjektiven Bedürfnisse, was die eigene medizinische Versorgung angeht, haben (bedürfnisorientierte Egalität). Zudem bleibt die Frage offen, ob auch selbstverschuldete Schädigungen der Gesundheit eine Rolle spielen sollen oder umgekehrt Gesundheitsprävention und ein gesunder Lebensstil oder auch finanzielle Vorsorgemaßnahmen eine Rolle spielen dürfen (meritokratisches Verständnis von Gerechtigkeit).¹⁴ Mancher mag auch Verständnis dafür haben, dass es einen Anspruch auf medizinische Leistungen nach der besonderen Bedeutung der entsprechenden Person geben sollte, d.h. die Bundeskanzlerin hätte einen Anspruch auf eine umfassendere Gesundheitsversorgung als eine einfache Arbeiterin, diese einen weitergehenden Anspruch als eine arbeitslose Frau, diese einen weitergehenden als ein Ausländer, der sich zufällig in einem Land aufhält (ein distributives Gerechtigkeitsverständnis). Man könnte sich auch fragen, ob Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung dann zulässig sind, wenn sie den am schlechtesten Gestellten zugute kommen (das sog. Rawlssche Differenzprinzip).

Das von mir vertretene integrative Verständnis von Gerechtigkeit verzichtet auf die Forderung, alle müssten die gleichen Gesundheitsleistungen bekommen.

Integrative Gerechtigkeit im Blick auf Gesundheitsleistungen besagt vielmehr, dass alle Menschen den gleichen Anspruch haben, angemessen gesundheitlich versorgt zu werden. Gerechtigkeit wird dabei nur dann realisiert werden können, wenn man sie als ein Mitgetragensein des Einzelnen durch die Gemeinschaft versteht, das auf der Regelebene implementiert ist, und zwar in dem Sinn, dass jeder in *angemessener* Weise Gesundheitsleistungen empfängt. In angemessener Weise soll dabei heißen, dass das System so ausgestaltet wird, dass die Regeln des Systems transparent sind, Risiken, die die Existenz bedrohen, solidarisch getragen werden, seien diese

14 Auch bei einem egalitären Verständnis könnten solche Maßnahmen eingeführt werden, denn nach Rawls soll niemand nur dann nicht schlechter gestellt werden aus Gründen für die er nichts kann. Deswegen kann man Vertretern eine solchen egalitären Gerechtigkeitsverständnis auch Inhumanität gegenüber jenen vorwerfen, die an ihrem Leid selbst schuld sind.

Risiken lebensbedrohlich im eigentlichen Sinn oder lebensbedrohlich in finanzieller Hinsicht. Allerdings heißt „angemessen“ hier nicht, dass alle das Gleiche bekommen. Vielmehr kann der Einzelne durch Zusatzversicherungen zusätzliche Leistungen kaufen. Nicht jeder kann den bedeutendsten Krebspezialisten aufsuchen, aber jeder kann *einen* Krebspezialisten bekommen, wenn er diesen benötigt. Gerade damit wird dem mit der Menschenwürde verbundenen Recht auf Selbstbestimmung Rechnung getragen. Das integrative Verständnis von Gerechtigkeit integriert das Recht auf Selbstbestimmung, also Freiheit: Ich entscheide, was ich über die Grundversicherung hinaus versichern möchte, also Chefarztbehandlung oder die Behandlung in bestimmten Spezialkliniken. Darüber hinaus ist dieses Verständnis integrativ, weil es eine Lösung für das Problem von Eigeninteresse und gesellschaftlichen Interessen bietet. Auf der Regelebene integriert es Eigeninteresse und gesellschaftliche Interessen, sodass Ärzteschaft, Pflegekräfte, Patienten usw. ihr eigenes Interesse verfolgen können und zugleich damit gesellschaftliche Interessen befördern. Es wird also nicht auf der Handlungsebene der Heroismus verlangt, gegen eigene Interessen zu verstoßen, weil auf der Regelebene dafür Sorge getragen ist, dass jeder angemessene gesundheitliche Leistungen bekommt.

Damit trägt dieses Konzept von Gerechtigkeit der Tatsache Rechnung, dass auf der Handlungsebene für Anbieter von Gesundheitsleistungen und für Empfänger dieser Leistungen Anreize wirksam sind, die gut mit Hilfe von Einsichten aus der Ökonomik verstanden werden können. So verstanden, verletzt die deutsche Regelung das hier angedeutete Verständnis von integrativer Gerechtigkeit, indem es für gleiche Behandlungen, je nachdem, ob jemand privat oder gesetzlich versichert ist, unterschiedliche Preise erlaubt. Damit werden auf der Handlungsebene Anreize gesetzt, die hervorragende Ärztinnen und Ärzte verleiten können, nicht die wichtigsten medizinischen Felder zu bedienen, z.B. die Krebstherapie, sondern in lukrative Felder abzuwandern, z.B. Radiologie und Schönheitschirurgie. Auch wird der Fehlanreiz befördert, das MRT beispielsweise für nicht wirklich existentiell gefährdete Privatpatienten zu reservieren und deshalb gesetzlich Versicherte auf wichtige Untersuchungen länger warten zu lassen usw.

7. Ergebnis

Die Ausgangsfrage des Beitrags lautet: Ist die Ökonomisierung des Gesundheitswesens gerecht? Diese Frage ist, das haben die bisherigen Überlegungen hoffentlich gezeigt, nur dann überhaupt eine sinnvolle Frage, wenn klar ist, auf welcher Ebene die Frage gestellt wird. Wenn damit gemeint ist, auf der Regelebene das moralische Ideal von Gerechtigkeit im Sinn angemessener, für alle verfügbare Gesundheitsleistungen zu implementieren und

zugleich das Gesundheitssystem mit Hilfe von Einsichten aus der Ökonomik zu verbessern, so ist dies vorstellbar. Wenn dagegen Gerechtigkeit in dem Sinn verstanden werden soll, dass auf der Handlungsebene alle das Gleiche bekommen müssen, so kann dies nicht vollumfänglich gelingen. Ein solches moralisches Ideal wird auf der Handlungsebene notwendig zu Fehlanreizen führen, wie unsere Fallbeispiele exemplarisch zeigten. Nicht eine Mehr-Klassen-Medizin ist das Problem, sondern ihre intransparente Weise der Handhabung und damit verbundene mögliche schlimme Folgen, nämlich dass nicht einmal die angemessene Behandlung geleistet wird. Nicht jeder muss im Sinne integrativer Gerechtigkeit einen Anspruch auf die Behandlung durch die beste Ärztin oder den besten Arzt haben, aber jeder sollte Zugang zu einer angemessenen Behandlung erhalten und jeder sollte die Möglichkeit haben, selbst Zusatzversicherungen abzuschließen, die ihm weitere medizinische Leistungen ermöglichen. Ungerecht ist in diesem Sinn nicht die unterschiedliche Behandlung, ungerecht ist vielmehr eine Regulationsstruktur, die es erlaubt, dass nicht alle Menschen – national wie international – eine gemeinsame gesundheitliche Grundsicherung erhalten.

Literatur

- Beleites, E. (1998): Gesellschaftspolitische Überlegungen zum Thema „Schwindel“. S. 1–15 in Stoll, W. (Hrsg.): Differentialdiagnose Schwindel. Berlin 1998.
- Beauchamp, T. – Childress, J. (2013 [1979]) Principles of Biomedical Ethics. Oxford 2013.
- Knoepffler, N. (2008): S. 272–274 in Schumpelick, V. – Vogel, B. (Hrsg.): Medizin zwischen Humanität und Wettbewerb. Probleme, Trends und Perspektiven. Freiburg 2008.
- Knoepffler, N. (2015): Ideologie der Medizin versus Ideologie des Marktes. Ethik und Ökonomie als Wertegemeinschaft. S. 11 in Oberender, P. et al. (Hrsg.): Patient Gesundheitswesen. Mission 2030. Berlin 2015.
- Knoepffler, N. (2017): Integrative Medizinethik. [In Vorbereitung] Freiburg 2017.
- Pies, I. (2011): Der wirtschaftsethische Imperativ lautet: Denkfehler vermeiden! – Sieben Lektionen des ordonomischen Forschungsprogramms. Diskussionspapier Nr. 2011-7. Halle 2011.
- Pies, I. (2014): Die Gerechtigkeitsdebatte in Deutschland. Diskursversagen beim Mindestlohn. Diskussionspapier Nr. 2014-18. Halle 2014.
- Rawls, J. (1998): Eine Theorie der Gerechtigkeit. Frankfurt a.M. 1998.
- Rosch, R. (2008): Fall 1: Therapeutisches Splitting zur Maximierung des DRG-Erlöses. S. 271 in Schumpelick, V. – Vogel, B. (Hrsg.): Medizin zwischen Humanität und Wettbewerb. Probleme, Trends und Perspektiven. Freiburg 2008.
- Wilmanns, J.C. (2000): Ethische Normen im Arzt-Patienten-Verhältnis. S. 203–220 in Knoepffler, N. – Haniel, A. (Hrsg.): Menschenwürde und medizinethische Konfliktfälle. Stuttgart 2000.